FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Année 1920 **THÈSE** N° 1

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

A LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

PAR

René GAZET DU CHATELIER

LE SPINA VENTOSA SYPHILITIQUE

Président : M. LE DOCTEUR BARRÉ
Professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg,
Directeur de la Clinique
des maladies nerveuses de l'Hôpital Civil.

PARIS
LE FRANÇOIS, LIBRAIRE
9 ET 10, RUE CASIMIR-DELAVIGNE
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1920

1921.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Année 1920 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

A LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

PAR

René GAZET DU CHATELIER

LE SPINA VENTOSA SYPHILITIQUE

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Président : M. le Docteur BARRÉ
Professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg,
Directeur de la Clinique
des maladies nerveuses de l'Hôpital Civil.

PARIS
LE FRANÇOIS, LIBRAIRE
9 et 10, rue Casimir-Delavigne
91, boulevard Saint-Germain
1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen : M. WEISS **Assesseur** : M. BOUIN

Professeurs :

Embryologie	MM.	ANCEL
Anatomie		FORSTER
Histologie		BOUIN
Physiologie		MAYER
Physique biologique		WEISS
Chimie physiologique		NICLOUX
Anatomie pathologique		MASSON
Pharmacodynamie, Médecine expérimentale		AMBARD
Hygiène, Bactériologie		BORREL
Médecine légale		CHAVIGNY
Clinique médicale		BARD BLUM Léon
Clinique chirurgicale		SENCERT STOLZ
Clinique ophtalmologique		DUVERGER
Clinique dermatologique		PAUTRIER
Clinique psychiatrique		PFERSDORFT
Clinique neurologigue		BARRÉ
Clinique oto-rhino laryngologique		X...
Clinique gynécologique et accouchements		SCHICKELÉ

Chargés de cours :

MM. ARON	MM. ADRIAN	MM. LICKTEIG
BELLOCQ	DUFOURT	REEB
BLUM	HANNS	GELMA
GUNSETT	HUGEL	SCHAEFFER
HAMM	KELLER	ROHMER
SCHWARTZ	STROHL	VAUCHER
WEILL	GERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

Je dédie ce modeste travail :

A MES CHERS PARENTS

Leur sollicitude et leur tendresse constantes ne reculèrent pas devant les sacrifices.

A MES DEUX SŒURS

Que j'unis dans une même affection.

MEIS ET AMICIS

A Messieurs les Professeurs
de l'École de plein exercice de médecine de Nantes

A Messieurs les Médecins et Chirurgiens
des Hopitaux de Nantes

A Messieurs les Médecins et Chirurgiens
de l'Hôpital
de Saint-Nazaire-sur-Loire

A Messieurs les Professeurs
de la Faculté de Médecine de Strasbourg

A Messieurs les Médecins et Chirurgiens
de l'Hopital Civil de Strasbourg

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR BARRÉ

Professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg,
Directeur de la Clinique
des maladies nerveuses de l'Hôpital Civil

A mes anciens Compagnons d'armes
du 221e Régiment d'Artillerie de Campagne,
du G. B. D. de la 62e division,
du 89e Régiment d'Infanterie

PRÉFACE

Il nous est, au seuil de l'avenir, un devoir bien doux et qui nous tient à cœur, celui de remercier publiquement tous ceux qui, par leur enseignement et leurs conseils, ont contribué à faire de nous ce qu'aujourd'hui nous sommes :

MM. les professeurs de l'École de Médecine de Nantes; les docteurs Miraillé, Aubry, Bahuaud, E. Bureau, Brelet, Castagnary, Grosse, Guillemet, Favreul, Leduc, Lerat, G. Sourdille, Marguery, Rappin, Rouxeau, qui orientèrent nos pas dans l'étude de la Médecine.

MM. les médecins et chirurgiens des Hôpitaux de Nantes; les docteurs G. Bureau, U. Monnier, Ollive, Pasquereau, Poisson, Rivet, Sébilleau, notre maître regretté le docteur Lécuyer, qui pendant notre stage hospitalier nous apprirent à aimer notre métier, à nous intéresser à nos malades et nous initièrent aux difficultés de la clinique.

MM. les médecins et chirurgiens de l'Hôpital Saint-Nazaire, où nous fûmes interne pendant près de trois ans:

les docteurs Cado, Diet, Letellier, Melloches, Poussié qui nous laissèrent dans leur service une part active.

MM. les professeurs de la Faculté de Strasbourg : les docteurs Ambard, Blüm, Borrel, Chavigny, Schwartz, Hanns, Gelma et MM. les médecins et chirurgiens de l'Hôpital de Strasbourg : les docteurs Bard, Barré, Pautrier, Sencert, Stolz dans les amphithéâtres ou les services desquels nous n'avons fait qu'un trop court séjour.

Enfin que M. le professeur Barré reçoive nos plus sincères remerciements pour de particuliers conseils qu'il nous a donnés, et parce qu'il a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de la thèse inaugurale du premier Nantais à Strasbourg.

Encore ce travail qu'aujourd'hui nous leur offrons est-il un très imparfait hommage de notre grande reconnaissance.

Nous voulûmes achever nos études dans cette Faculté nouvellement reconquise d'outre-Vosges, patrie scientifique de Pasteur, qu'en 1870 on nous avait volée.

Cette décision ne suscitera pas d'étonnement, lorsqu'on saura que nous savions y recevoir un bienveillant accueil, y trouver d'excellents maîtres et de larges moyens d'études. Nous ne fûmes pas déçu. De plus, nous conservons un souvenir fidèle et bon de nos quelques mois de campagne au Sud de l'Alsace.

Mais, hélas ! nous ne pouvons ne pas nous rappeler qu'il est, en Champagne, dans la Somme, dans les Flandres, des glèbes ensoleillées qu'empourpra un sang de camarades et d'amis. Ils avaient désiré, comme nous, se consacrer au soulagement des douleurs d'autrui.

Mais ils ont fait, pour la gloire et la défense de la Patrie, le magnanime sacrifice de leur vie.

« Dulce et decorum est pro patria mori ».

Il n'est jamais trop tard pour évoquer et admirer les héros, parce que, pour nous, leur mémoire demeurera toujours vivante, et qu'impérissable est leur titre de gloire.

Strasbourg, Novembre 1920.

LE SPINA VENTOSA SYPHILITIQUE

AVANT-PROPOS

Les progrès incessants de la syphilis, dont ces dernières années de troubles mondiaux ont singulièrement favorisé l'extension, et la multiplicité de ces manifestations nous obligent très souvent à discuter l'éventualité de cette affection. Aussi en abordant l'étude des spina ventosa syphilitiques, nous sommes-nous attaqué à un des diagnostics différentiels qui deviendront sans cesse plus fréquents et plus nécessaires.

Dans un rapide historique, nous avons relaté à grands traits les différentes étapes parcourues par la question; puis les notions étiologiques nous ont retenu, et nous avons abordé ensuite le chapitre de l'anatomie pathologique. Le processus anatomique morbide n'étant pas unique, nous avons dû distinguer plusieurs formes : ainsi nous avons été amené à envisager successivement l'étude des dactylites superficielles, des dactylites osseuses et enfin des atteintes articulaires.

Superposant à ces données anatomiques les renseignements fournis par la clinique, nous avons étudié dans une première partie la symptomatologie des dactylites osseuses et des parties molles, dans une seconde celle des dactylites articulaires. Dans chacune de ces

formes nous avons eu à distinguer une période de gonflement, bientôt suivie d'une phase de suppuration. C'est qu'en effet, dans l'une et l'autre phase, les symptômes sont différents. Enfin pour terminer ce chapitre clinique, nous avons envisagé la description des principales complications. Celles-ci sont de trois ordres : des complications par destruction de l'os néoformé, des complications par extension du processus au cartilage actif, des complications par envahissement de l'articulation.

Ce chapitre envisagé, nous sommes passé à l'étude du diagnostic. C'est ici la partie importante de notre travail. Nous avons d'abord éliminé les différentes affections avec lesquelles pourrait être confondu le spina ventosa. Mais c'est surtout le diagnostic étiologique qui nous a retenu. Il s'agissait de différencier le spina ventosa syphilitique du spina ventosa tuberculeux ou sporotrichosique. Par la description détaillée des lésions, nous avons montré combien, en pratique, les manifestations cliniques étaient semblables et combien, par suite, l'étude des symptômes ne nous permettait point de porter un diagnostic sérieux. En ce qui concerne la tuberculose, les examens de laboratoire sont infidèles et seul le traitement d'épreuve permettra de fixer nettement les idées. Pour le spina ventosa sporotrichosique, c'est la culture des sécrétions qui permettra d'étayer un diagnostic solide.

Le chapitre du traitement nous a peu retenu. Il ne diffère pas du traitement de toutes les lésions syphilitiques, et c'était tomber dans la généralité que de l'aborder en détail.

Enfin, à cinq cas recueillis dans la littérature médicale française et étrangère, nous joignons deux observations inédites et personnelles, qui constitueront une nouvelle contribution à ce chapitre encore peu fouillé de syphiligraphie.

HISTORIQUE

C'est Chassaignac qui observa nettement, en 1859, le premier cas de spina ventosa syphilitique. La même année, Van Ordt, dans sa thèse sur les tumeurs gommeuses cite une observation. Puis il faut relater un mémoire de Nélaton, les 5 observations de Lucke à Berlin, celles de Guyot et d'Archambault à Paris, de Berg à Copenhague, de Riesel, de Wollmann, d'Heyfelder.

En 1872, Taylor, en Amérique, fait une revue générale de la question. Dès lors, l'équivalence entre les termes « spina ventosa » et « tuberculose des petits os longs » généralement établie dans l'esprit du public médical, est devenue inexacte et le bacille de Koch n'est plus réputé l'agent exclusif de telles ostéites.

Les observations se multiplient : en Amérique, Curtiss, Smith, Wiglesworth, Perry, Morgan, Tilbury, Fox, Bulkley, Keyer; en France, ces observations suscitent les travaux et la thèse de Beauregard, en 1875, puis ceux de Parrot. En Italie, Pallizzari et Taffari étudient la question.

Désormais, c'est au problème du diagnostic que s'attachent les auteurs. On s'occupe plus spécialement du diagnostic différentiel avec la lésion bacillaire. Gaucher traite spécialement la question. Noir lui fait une large place dans sa thèse en 1906.

Fouquet, Hallopeau, Gaucher, reprennent cette étude et notent les caractères évolutifs des lésions, ainsi que les processus hyperostosants et hypertrophiants.

Mais à côté de la bacillose se présentent les mycoses. Celles-ci soulèvent un nombre considérable de travaux, parmi lesquels il convient de citer ceux de Janselme, Chevallier, Darbois, en 1910, travaux qui tous s'efforcent d'indiquer et de discuter les éléments du diagnostic.

ÉTIOLOGIE

Le spina ventosa syphilitique n'est pas une manifestation fréquente de la vérole. Ainsi Noir qui fit, en 1906, une thèse complète sur la question ne put relever que 67 cas. Il convient, cependant, de remarquer, que bien souvent, le diagnostic a pu ne pas être établi, que plusieurs spina ventosa d'origine spécifique purent, à la faveur d'une erreur de diagnostic, rester méconnus Par contre, il est fort probable que bien des cas dans lesquels on a cru voir une manifestation de la spécificité doivent relever de la sporotrichose.

C'est pourquoi il convient de considérer que même après avoir dépisté les faux cas de tuberculose, les spina ventosa syphilitiques restent des faits d'exception.

Le sexe paraît avoir une certaine influence, le pourcentage des lésions observées chez les femmes étant très sensiblement inférieur à celui des atteintes relatées chez les hommes. Noir cite 16 cas chez les premières et 22 chez les secondes.

Les adultes sont plus fréquemment atteints que les enfants : c'est ainsi que sur 62 cas, Noir relève 38 cas chez des adultes et 24 chez des enfants. Dans ces der-

niers cas, il s'agirait, le plus souvent, de tout jeunes enfants n'ayant pas dépassé la première année.

Chez les adultes, ces lésions sont-elles une manifestation de la syphilis acquise ou de l'hérédo-syphilis tardive? La première alternative est de beaucoup la plus fréquente : la proportion serait de 15 cas de vérole acquise pour 2 cas de syphilis héréditaire tardive.

Quel est l'âge de la syphilis dont ces sujets sont porteurs? En moyenne, il s'agit de lésions appartenant au tertiarisme et évoluant à partir de la 4e ou 5e année. Les cas extrêmes sont : d'une part, celui de Guyot où le spina ventosa est apparu 15 jours après l'accident primaire et 56 jours après le coït infectant; et, d'autre part, le cas de Van Ordt où la localisation digitale s'est faite 29 ans après l'accident primitif.

La lésion est beaucoup plus fréquente à la main qu'au pied. A la main, c'est l'index qui est touché de préférence : le pourcentage est de 32 atteintes de l'index et 26 du médius. Après ces deux doigts viennent le pouce et l'annulaire avec, respectivement 14 et 13 cas. Au pied, c'est le 2e orteil qui est le plus souvent atteint, puis le gros orteil. Les métatarsiens et métacarpiens sont touchés bien plus rarement que les phalanges, et encore, dans bien des cas, leur atteinte est-elle secondaire.

Disons encore qu'il convient de noter la multiplicité habituelle des atteintes et des localisations de la syphilis. Dans le cas de Gaucher et Louste, tous les doigts furent atteints.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il faut distinguer 3 formes selon que le siège du processus syphilomateux est les parties molles et la gaîne synoviale, le squelette des phalanges, les articulations.

I. — Dactylites superficielles.

C'est une forme rare. Profondément la lésion peut atteindre les gaînes synoviales. Mais, en général, ce sont les plans superficiels et sous-cutanés qui sont touchés; et il s'agit d'une forme soit diffuse, soit circonscrite. Dans l'un et l'autre cas, le périoste, puis l'os peuvent être envahis secondairement.

L'affection est prédominante dans la région dorsale. La constitution histologique ne présente rien de particulier.

II. — Dactylites osseuses.

La lésion élémentaire, c'est-à-dire la gomme, peut siéger en deux points distincts : au niveau de la moelle sous-périostée, au niveau de la moelle centrale. C'est la

diaphyse qni est le plus souvent atteinte ; mais on peut observer des localisations primitives au bulbe de l'os ou même à l'épiphyse.

A) ***Ostéomyélite gommeuse***. — Le syphilome débute dans les espaces médullaires centraux et envahit peu à peu le tissu spongieux de la région juxta-épiphysaire avec tendance à s'étendre vers le corps même de l'os. De la disposition des travées osseuses de ce tissu ainsi attaqué résulte un agrandissement du canal médullaire : il y a donc « médullisation centrale » selon le terme consacré. De ce foyer primitif, des bourgeons se creusent à travers l'os des sortes de tunnels se dirigeant vers les coudées extérieures, portant le processus syphilitique jusqu'au niveau du périoste et même des parties molles. La membrane périostique se défendant, il se forme une sorte de cylindre osseuse, creux, reliant les deux extrémités intactes de l'os et à l'intérieur duquel se continue le processus destructif des régions diaphysaires.

B) ***Ostéopériostite***. — C'est l'atteinte diaphysaire qui est ici la règle. Le syphilome est sous le périoste. Il se fait à ce niveau une infiltration par des éléments cellulaires jeunes d'où résulte un épaississement plus ou moins considérable de cette membrane. Le périoste se décollant, il se forme entre celui-ci et l'os une poche que remplissent les tissus néoformés. La couleur de ceux-ci est d'un jaune spécial, doré, rouillé.

Lorsque ces lésions deviennent plus anciennes, il y a

ossification périostique de ces masses; et l'apparition de cet os néoformé entraîne des modifications de consistance et une dureté de plus en plus grande.

Finalement à la pièce squelettique primitive est venu s'adjoindre un cylindre osseux de formation nouvelle, pouvant doubler, et même au delà, les dimensions transversales de l'os sain. Donc, l'aboutissant normal est l'hyperostose. L'ostéopériostite n'est plus suppurative, comme l'ostéomyélite gommeuse.

III. — **Atteintes articulaires.**

Les lésions sont banales et reproduisent les types connus d'arthrite spécifique tertiaire. Elles sont polymorphes. Tantôt ce sont des synovites gommeuses caractérisées par un épanchement de sérosité à l'intérieur de la synoviale épaissie et par l'envahissement du tissu périarticulaire; tantôt ce sont des ostéo-arthrites gommeuses avec augmentation de volume des extrémités osseuses, mouvement limité, jeu douloureux, craquements articulaires.

Il peut y avoir évacuation au dehors des produits pathologiques, suivie d'une fistule de longue durée.

ETUDE CLINIQUE

Il conviendra tout d'abord de se renseigner exactement sur les antécédents personnels et héréditaires du sujet. Ce ne sera pas toujours chose facile : la syphilis est quelquefois méconnue, notamment chez les femmes, et bien des malades n'osent avouer à leur médecin qu'ils ont eu la vérole.

L'examen clinique donnera les renseignements suivants :

I. — Dactylites osseuses et des parties molles.

On observera tout d'abord une période de tuméfaction ; on est en présence d'un renflement à peu près régulier et la phalange devient fusiforme ou globuleuse. Citons, à titre exceptionnel, la déformation en massue.

Ce changement de forme s'accompagne dans la majorité des cas d'un changement de coloration des téguments. Cette teinte va du rose léger au rouge pourpre, au rouge violacé. Les tons violets domineraient chez les adultes ; le rose serait réservé aux enfants.

Ces signes sont surtout visibles aux faces dorsales et

latérales des doigts. La face palmaire est presque normale.

A la palpation, on décèle l'infiltration des téguments procédant soit en nappe, soit par nodules isolés, rapidement confluents. Dans la majorité des cas, on percevra sous les téguments épaissis, un os renflé, boursouflé, qui apparaît comme la cause des modifications de forme notées au niveau du doigt.

La douleur soit spontanée, soit provoquée, constitue un symptôme essentiellement variable; elle peut manquer totalement, mais quand elle se montre avec ses caractères distinctifs, c'est une douleur spontanée et à la pression, irradiée à tout l'os, continue mais modérée le jour pour s'exacerber la nuit jusqu'à empêcher le sommeil.

La consistance est également variable selon l'évolution de la lésion.

La tuméfaction étant établie, l'envahissement des parties molles se produit ou s'accentue. La peau prend une teinte violacée, et dès lors apparaît la phase de suppuration. Les orifices ainsi produits sont à bords polycycliques, à contour rouge sombre, parfois entourés d'une auréole brunâtre. Aucune fongosité sur le pourtour; le fond est irrégulier; les parois sont taillées à pic, et comme dans une sorte de puits, apparaît un bourbillon caractéristique blanchâtre comme l'étoupe, comparé souvent à un mastic à demi-desséché. Le pus est peu abondant.

Des séquestres peuvent s'éliminer. Mais la formation de séquestre, fréquente dans la syphilis des os plats, est

rare dans celle des « grands » et « petits os longs ».

Non traitées, ces fistules donnent des infections secondaires.

II. — **Dactylites articulaires.**

On distingue ici les deux mêmes périodes : gonflement et suppuration.

C'est le gonflement de la région articulaire qui domine, soit qu'il se soit produit un épanchement à l'intérieur de la synoviale, soit que l'augmentation de volume soit le fait des tissus périarticulaires envahis en même temps que l'articulation.

Il faut noter également des modifications dans la coloration des téguments et la présence de mouvements anormaux de latéralité et de craquements articulaires. La douleur, au cours de ces mouvements provoqués peut être très intense ou même inexistante; elle est ordinairement faible.

La gêne fonctionnelle est également variable, en général peu marquée ou absente, même avec des lésions avancées. Ce dernier signe constitue un élément important, mais non décisif, pour le diagnostic.

A ce gonflement succède la suppuration qui se termine généralement par une ankylose de l'articulation.

III. — **Complications.**

Dans l'étude des complications du spina ventosa syphilitique, nous envisagerons : des complications par

destruction de l'os néoformé; des complications par extension du processus morbide au cartilage actif; des complications par envahissement de l'articulation.

1° Si la solidité de la gaîne osseuse néoformée est attaquée à son tour par suite de l'extension du processus spécifique, cette gaîne cède; les néoformations apparaissent. Il peut y avoir simple tassement de l'os, selon son axe longitudinal; ce tassement peut être symétrique ou plus prononcé d'un côté que de l'autre, et le raccourcissement s'accompagne alors de déviation latérale. Le tassement peut se faire à une des extrémités seulement. Enfin il peut y avoir une incurvation et inflexion d'une phalange qui prend alors une forme arquée.

Mais il faut aussi citer les cas où l'intensité du processus destructif est telle qu'il se produit une destruction totale de la pièce squelettique. Le résultat est en général un doigt « flottant » ou « ballant » ; ce sont ces lésions qu'on groupe souvent sous le nom de « fractures spontanées ».

2° L'envahissement de la zone active de l'os par le foyer spécifique exerce d'abord à ce niveau une action irritative, bientôt suivie d'une action destructive. On peut alors avoir un allongement qui peut atteindre jusqu'à cinq millimètres. Si les lésions du cartilage actif vont jusqu'à sa destruction totale, c'est un raccourcissement qui sera noté. Enfin qu'il s'agisse d'allongement ou de raccourcissement, si l'action destructive ou irritative s'est exercée avec prédominance sur l'une des moitiés cubitale ou radiale du cartilage

actif, les déformations précédentes se compliquent de déviations latérales, l'os se coudant sur lui-même.

3° L'envahissement secondaire d'une articulation consécutif à un spina ventosa spécifique peut se faire suivant deux processus : il peut y avoir propagation à travers le tissu osseux, vers l'épiphyse, et atteinte du cartilage articulaire ; il peut y avoir propagation indirecte si la voie utilisée est la gaîne des tendons. L'aboutissement de ces arthrites secondaires est soit l'ankylose, soit la subluxation, voire même la luxation complète.

DIAGNOSTIC

C'est ici le chapitre important de notre étude.

I. — Diagnostic des dactylites osseuses et des parties molles.

1. — ***Diagnostic anatomique***. — Avec quelles affections la confusion est-elle possible?

a) Les kystes dermoïdes ou sébacés siègent à la face palmaire. La peau est saine à leur niveau et il y a indépendance vis-à-vis des plans profonds.

b) Les kystes synoviaux siègent également à la face palmaire; ils sont transparents, de forme ovoïde, avec absence d'altération cutanée.

c) Les lipomes ont une consistance pâteuse particulière; ils sont libres et siègent aussi à la face palmaire.

d) Les chondromes des doigts simulent davantage le spina ventosa. Cependant leur évolution est plus lente; elle est toujours indolente. Leur forme arrondie présente des bosselures. Leur prédominance est palmaire. La peau reste indépendante et inaltérée. Les limites

de cette néoformation cartilagineuse sont plus nettement marquées.

e) L'erreur a quelquefois été commise avec le panaris. Le diagnostic doit se baser sur l'évolution nettement plus lente du spina ventosa, sur les caractères de la douleur, sur les symptômes généraux.

f) La gangrène dans ses différentes formes cliniques, est caractérisée par l'apparition d'escharres. L'examen des urines fixe le diagnostic.

g) Le mal perforant plantaire débute l'ulcération d'un épaississement épidermique; puis l'inflammation envahit les synoviales et amène la carie de l'os.

h) Enfin il faut citer pour être complet : le tubercule anatomique, la pustule maligne, la maladie de Raynaud, la botriomycose.

2. — ***Diagnostic étiologique***. — Le diagnostic différentiel offre ici de grandes difficultés.

Tout d'abord essayons de différencier le spina ventosa tuberculeux.

« La similitude des lésions tuberculeuses et syphilitiques, dit le professeur Gaucher, est peut-être moins rare qu'on ne croit ». La syphilis cutanée et osseuse se présente assez souvent avec un aspect et une allure si semblables à celles des lésions bacillaires que parfois le doute s'impose entre ces deux grandes diathèses; et on est en droit de se demander si certaines lésions qualifiées de tuberculeuses ne bénéficieraient pas du traitement antisyphilitique.

En hérédo-spécificité il en est de même : « Dans cer-

tains cas de transmission héréditaire, dit Cazenave, la syphilis peut perdre de sa physionomie habituelle et, par exemple, emprunter un cachet nouveau au type scrofuleux ».

De plus, la clinique a depuis longtemps établit ce fait, malgré la conception de Hunter, que ces deux diathèses sont souvent associées chez le même individu, soit que la tuberculisation soit antérieure à la syphilisation, soit que, plus fréquemment, celle-ci ait préparé un terrain extrêmement favorable à l'évolution rapide de celle-là. Verneuil disait : « La syphilis fait le lit de la tuberculose ».

Mentionnons que la contamination directe du bacille de Koch est possible au niveau des lésions spécifiques surtout celles à processus évolutif lent. C'est à ces formes hybrides qu'on peut appliquer la dénomination de « scrofulate de vérole » de Ricord.

Les déformations observées dans les spina ventosa tuberculeux et syphilitique sont semblables. La coloration des téguments est également modifiée; d'après Mauriac, le gonflement des parties serait de teinte plus pâle et moins prononcée dans les cas de bacillose. Sur ces téguments se dessine parfois un réseau veineux qui serait moins marqué et moins abondant lorsqu'il s'agit de spécificité. Mais tous ces signes sont relatifs et ne permettent pas un diagnostic clinique nettement établi.

Lorsqu'on a affaire à la douleur « ostéocope », celle-ci prend une valeur diagnostique considérable et peut dans quelques cas être à elle seule révélatrice de spécificité. Mais ce caractère ne paraît pas être le fait des « petits os longs »; son absence n'est donc d'aucun

secours pour le diagnostic étiologique des lésions.

A la période de suppuration des éléments nouveaux apparaissent. La fistule bacillaire multiple à contours irréguliers, présentant des reflets bleuâtres, à bords anfractueux, grisâtres, minces et décollés, laisse passer un pus séreux, grumeleux, mal lié, qui s'écoule avec abondance; la suppuration est tenace. La syphilis produit des fistules en petit nombre, à contours géométriques, réguliers, de teinte rouge sombre. Les bords en sont taillés à pic. Des fongosités se montrent et, dans le fond, on aperçoit souvent un bourbillon blanchâtre caractéristique. La suppuration est moins abondante.

En cas de tuberculose, le stylet qui explore ces fistules va heurter un séquestre atteint de carie, écraser des trabécules osseuses raréfiées, en donnant la sensation de sable. Au cas de syphilis, ces séquestres plus petits sont raréfiés en certains endroits, plus rarement condensés et éburnés en d'autres.

En somme, ces signes sont un maigre élément de présomption; ils ne sont pas décisifs et, par conséquent, il est impossible d'étayer sur ces lésions un diagnostic ferme entre syphilis et tuberculose.

Voyons maintenant le diagnostic avec les mycoses, plus spécialement avec la sporotrichose. Car, la localisation digitale de l'actynomycose est exceptionnelle, surtout à titre isolé; et la constatation de grains jaunes mûriformes fixerait le diagnostic. Quant à la botriomycose, elle se présente sous la forme d'une masse framboesiforme, pédiculée, hémorragique qui prête difficilement à la confusion.

En présence d'un spina ventosa sporotrichosique, on trouve un doigt déformé en fuseau ou en spatule dont la peau a pris une nuance qui va du rose rouge au violet foncé. La palpation est quelquefois douloureuse, souvent indolore.

Au stade de suppuration, le spina ventosa mycosique s'ulcère ; les fistules, de forme irrégulière, sont multiples, faites de deux ou trois pertuis rapprochés, séparés seulement par un mince lacis de peau rougeâtre et violacée ; les bords sont taillés à pic ou légèrement décollés, de coloration brune. Le fond est jaunâtre, tapissé par un bourbillon ou par un pus épais et visqueux qui semble ne pas s'écouler. Cet aspect ne se présente pas toujours avec une netteté aussi parfaite. De plus, il y a très fréquemment des infections secondaires qui masquent le diagnostic.

La radioscopie ne sera également que d'un faible secours pour établir cette différenciation, parce que les mêmes processus anatomo-pathologiques se retrouvent au cours de ces diverses dactylites, quelle que soit leur nature.

Ces diagnostics ne pouvant être établis par l'étude des lésions, voyons ce que nous donnera la recherche des commémoratifs et des accidents concomitants.

La syphilis, avons-nous dit, est assez rarement avouée, quelquefois méconnue. Un interrogatoire très serré pourra permettre de reconnaître la spécificité du sujet. L'observation directe pourra également donner de précieux indices : l'examen des téguments révèlera

soit des lésions cutanéo-muqueuses coexistantes, soit des cicatrices des lésions primaires, secondaires et tertiaires. Ces stigmates à aspect particulier, joints aux antécédents, attireront l'attention, et il faut leur reconnaître une très réelle valeur comme indice de présomption. Mais la cicatrice typique, blanchâtre, fibreuse, à contours circinés, à auréole pigmentée, ne se présente pas toujours avec netteté ; et certaines affections destructrices de la peau, tel que le favus des parties glabres, peuvent donner des cicatrices assez semblables.

L'interrogatoire et l'examen des parents ne sont pas à dédaigner, surtout si le malade est un enfant.

Mais de ces constatations ne saurait résulter une certitude absolue et par suite un diagnostic ferme.

Enfin il nous reste un dernier élément à envisager. C'est certainement le plus important. Nous voulons parler des procédés de laboratoire et du traitement d'épreuve.

On sait que la recherche directe du tréponème est infructueuse, car le pus syphilitique qui est riche en spirille à la période primaire, en est très pauvre dans les accidents tertiaires. On pratiquera donc tout d'abord une réaction de Bordet-Wassermann. En pratique, il faut reconnaître qu'un résultat positif est un indice de grande valeur, indiquant presqu'à coup sûr la syphilis, bien que cette réaction peut être positive avec certains sérums non syphilitiques, sérum de scarlatineux, d'ictériques, ou dans des cas de tripanosomiases. Seulement dans les cas de lésions tertiaires et héréditaires, le pourcentage des réponses négatives est assez élevé. Il serait

nécessaire de multiplier les réactions; encore plusieurs Wassermann négatifs ne signifient pas forcément absence d'imprégnation morbide.

Inversement, les diverses réactions de la tuberculose : cuti-réaction, ophtalmo-réaction, séro-diagnostic n'ont pas une plus grande valeur. Quant à l'épreuve par la tuberculine, outre qu'elle peut réveiller une lésion latente ou aggraver les phénomènes existants, elle s'est montrée positive chez des malades apparemment quelconque, principalement chez des convalescents de maladie infectieuse, fièvre typhoïde par exemple. Tout au plus, ces réactions indiqueraient que le terrain est tuberculeux, non que la lésion est d'origine bacillaire.

On pourrait rechercher directement dans le pus la présence du bacille de Koch; elle y sera rarement constatée. Le pus des abcès et fistules tuberculeux est peu riche en microbes; aussi l'inoculation au cobaye est-elle très souvent infructueuse, celui-ci ne se tuberculisant pas.

Mais le véritable critérium sera le traitement d'épreuve, moyen tout puissant de diagnostic entre bacillose et syphilis. Notons que sous l'influence du traitement mercuriel d'épreuve, le Wassermann peut, s'il s'agit d'un syphilitique, devenir positif de négatif qu'il était; c'est la méthode de « réactivation de Milian ». Le traitement d'épreuve perd beaucoup de sa valeur si l'on cherche à distinguer la sporotrichose de la syphilis; au mercure est généralement associé l'iodure, remède souverain des mycoses.

Il faut donc avoir recours à l'examen des sécrétions.

La recherche directe du sporotrichum Beurmanni dans le pus est aléatoire. Le moyen de choix est la culture à froid sur la gélose glycosée-peptonée de Sabouraud, en s'aidant de l'artifice de la coulée du pus sur la paroi sèche du tube tel que l'a indiqué Gougerot.

II. — Diagnostic des formes articulaires.

Ces formes peuvent être confondues avec différentes affections.

a) L'accès de goutte est reconnaissable à sa période prémonitoire, à son début nocturne, son allure aiguë, ses douleurs rémittentes à l'aube, son siège bien limité. Il s'accompagne de phénomènes généraux. Les urines sont rougeâtres et chargées d'urates.

b) La goutte articulaire chronique est toujours un peu douloureuse; elle crée des déviations, des subluxations, de l'ankylose, de la rétraction musculaire; elle évolue par poussées; souvent existent des tophus disséminés. La fistule goutteuse laisse sourdre un pus chargé d'urate de soude.

c) Le rhumatisme articulaire aigu débute par des douleurs spontanées, violentes et continuelles avec fièvre, sueurs abondantes, symptômes généraux.

d) Le rhumatisme chronique présente des déformations qui ont tendance à rejeter le doigt vers le bord cubital. Sa marche est régulièrement progressive; des nouures se produisent aux extrémités osseuses.

e) Les arthrites blennorragiques possèdent des commémoratifs.

Enfin le diagnostic entre les formes articulaires d'origine tuberculeuse, celles d'origine syphilitique et celles dues à la sporotrichose, présente les mêmes difficultés que pour les dactylites osseuses. Là encore le traitement d'épreuve et les procédés de laboratoire établiront un diagnostic ferme.

TRAITEMENT

1° **Traitement général.** — Deux médicaments en sont la base : le mercure et l'iodure de potassium. Ils seront associés. Le mercure se donne sous forme métallique, en frictions d'onguents mercuriels ou en injections intra-musculaires d'huile grise ; sous forme de sels : protoiodure, biiodure, benzoate, sublimé... etc..., par la voie buccale ou en injections intra-musculaires. Le cyanure de mercure se donne en injections intraveineuses.

Chez les tout petits, la voie gastro-intestinale est préférable : liqueur de Van Swieten ou sublimé à 1 p. 1.000, à la dose de XX gouttes jusqu'à deux mois ; lactate d'hydrargyre en solution à 1 p. 1.000 dont on peut prescrire deux à trois cuillerées par jour.

L'iodure se donne à la dose de 2 à 6 grammes chez l'adulte ; chez les enfants, les doses employées sont beaucoup plus faibles, 0 gr. 20 par année d'âge.

On pourra instituer la méthode conjuguée ; à ces deux médicaments, on ajoutera avec avantage les préparations arsenicales, notamment le 914 ou novarsénobenzol,

qui s'administre, par série d'injections à dose progressive jusqu'à un total de 6 grammes chez les hommes, 5 chez les femmes.

2° **Traitement local.** — Il consistera en une stricte asepsie autour de la lésion, l'élimination des séquestres formés, le débridement des trajets fistuleux.

Un traitement orthopédique préviendra ou traitera les déformations possibles.

OBSERVATIONS

Observation I. — Inédite et personnelle.

S..., Malgache, classe 1916, 16e Section des C. O. A.

Aucun renseignement sur les antécédents héréditaires. Comme antécédents personnels avoués : blennorragie en 1912; bronchite en 1918.

En Mars 1919, S..., se plaint de l'index gauche qui est gonflé et douloureux. Une incision est pratiquée à l'infirmerie; la suppuration ne tarissant pas, le malade est dirigé sur l'hôpital militaire.

A son entrée, le 16 Avril, il est porteur d'un spina ventosa typique largement ulcéré. Il est traité par des séances d'héliothérapie localisée, des pansements à l'éther iodoformé et des applications de pommade de Reclus. Pas d'amélioration notable.

En Août 1919, apparaît un abcès sur le bord cubital de l'avant-bras gauche. Ponctionné 5 fois avec injections modificatrices diverses, il se reforme sans cesse. Deux autres collections se forment peu après aux régions cubitales droite et gauche. On songe à la possibilité d'une syphilis. Le Wassermann pratiqué est fortement positif. A ce moment, on constate la présence de syphilis buccale.

On pratique alors 14 injections intrafessières de sulfhydrargyre qui amènent une amélioration notable des lésions digitales en particulier.

Le diagnostic paraissant dès lors suffisamment net, on évacue le malade sur un centre spécial pour y être soumis à un traitement intensif.

Observation II. — Inédite et personnelle.

D..., 4 ans.

Père mort dans un asile d'aliénés. Mère prostituée.

A dix mois, l'enfant a eu une coqueluche suivie de bronchopneumonie. A un an apparaît un mal de Pott dorso-lombaire, actuellement guéri avec une très légère gibbosité. Puis successivement se développent une tumeur blanche de l'articulation métacarpo-phalangienne du gros orteil droit largement ulcéré et une tuberculose massive du tarse gauche avec ulcération à la face externe du pied. En plus, le sujet présente une adénite cervicale gauche fistulisée.

Concurremment à ces lésions se sont développés des spina ventosa de l'index gauche et des 4e et 5e métacarpiens droits. Ces deux lésions sont actuellement ulcérées.

L'état général est médiocre.

Un traitement hélio-marin avec bains salés des mains chaque jour, amène une amélioration de l'état général, de la fistule cervicale qui se cicatrise et des lésions articulaires. Par contre, il semble n'avoir aucune action sur les lésions digitales.

Un traitement par onctions à l'onguent mercuriel est alors institué. Très rapidement, les lésions du spina ventosa s'améliorent et l'enfant sort un mois après repris par sa mère et guéri.

Observation III. — Résumé du cas de Bergh, de Copenhague, intitulé : « ostéomyélite gommeuse ».

Un homme de 35 ans contracta la syphilis en 1854. Pendant les 8 premières années de la maladie apparaissent diverses lésions cutanées. Dans le courant de la 9e année, la

première phalange du médius droit augmenta de volume. Ce gonflement, d'abord limité à l'os, envahit plus tard les parties molles et augmenta rapidement. Le doigt était sensible à la pression. Une hydarthrose de la première articulation phalangienne survint bientôt. Un point dépressible et légèrement crépitant apparut sur le côté radial du doigt atteint. La compression et des applications topiques firent légèrement diminuer le volume de la tumeur.

Durant la 10e année, le malade, ne suivant plus de traitement actif, vit sa phalange devenir très volumineuse et augmenter de longueur. Un épanchement considérable distendit l'articulation sous-jacente; les ligaments se relâchèrent; des mouvements en tous sens pouvaient être communiqués, mais les mouvements volontaires étaient abolis. L'articulation était légèrement sensible à la pression. La peau de la phalange malade était saine mais tendue.

Le point situé sur le côté radial devint plus dépressible; il se forma une petite ouverture donnant issue à un liquide clair et visqueux. Le stylet conduisait à une cavité, sans déterminer de douleur et sans rencontrer de portion d'os nécrosée. Le gonflement diminua graduellement, surtout du côté radial.

En Mars 1865, la phalange avait diminué en épaisseur, en largeur, en longueur. L'articulation était dans le même état. Un traitement actif par onctions mercurielles fut alors institué; le malade prit de l'eau sulfureuse en quantité. Le doigt diminua rapidement de volume et le trajet fistuleux, rouvert à dessein, se ferma définitivement.

En Juillet 1865, soit deux ans après le début de l'atteinte, la phalange avait moins de trois pouces de circonférence et environ 3/4 de pouce de longueur; l'homologue opposé sain avait environ quatre pouces de longueur. La face dorsale était un peu déprimée, l'épiphyse un peu renflé, la peau ridée mais non adhérente à l'os. La fonction du doigt était presque complètement revenue.

Observation IV. — Cas de « Dactylite syphilitique » par Archambault.

«.... Chez un enfant j'ai observé une hypertrophie des dernières phalanges des doigts analogue au spina ventosa faux. Les os étaient gros. Le symptôme, unique chez cet enfant, fut traité comme scrofuleux sans résultat. Au bout de quelque temps, des plaques muqueuses survinrent à l'anus et à la bouche et je donnai alors des préparations mercurielles; les accidents secondaires guérirent ainsi que l'affection osseuse... »

Observation V. — Résumé d'un cas cité par Taylor (*Archiv. of scientif. and prat. medec.* n° 4, 1873).

Une mère contracte la syphilis pendant le cinquième mois de sa grossesse.

L'enfant, à sa naissance, ne présente aucune trace de syphilis. A 1 mois apparaissent des plaques muqueuses, du nasillement. A 6 semaines, son médius droit augmente de volume, la peau devient rouge, tendue, luisante. Au 4e mois, la fluctuation devient évidente; du pus sort par des incisions pratiquées de chaque côté du doigt.

Le Docteur Taylor institue un traitement anti-syphilitique énergique et obtient une guérison complète. Le doigt resta un peu plus long que son homologue du côté opposé, mais la mobilité et la forme furent récupérées.

Observation VI. — Cas de Fox, publié in *Journal of cut. and ven. diseases*, New-York, Janvier 1883 (Compte rendu de la séance du 28 Novembre 1882 de la *New-York Society*).

« Homme, 24 ans; syphilis datant de 4 ans. Habitudes d'intempérance.

Trois ans et demi après son chancre, son médius droit commence à enfler et depuis augmente de grosseur. On cons-

tata une gomme sur l'avant-bras, à deux pouces du coude et le doigt affecté est surtout enflé à la face palmaire. Le doigt est rouge pâle et n'a jamais suppuré. Le tibia gauche est sensible et les deux jambes portent des cicatrices brun foncé.

La deuxième jointure du doigt ne semble pas affectée, mais l'extrémité distale du métatarsien est grossie. Les mouvements de latéralité sont considérables. Après trois semaines de traitement mercuriel, l'enflure du doigt s'était légèrement réduite et une ulcération s'était produite à sa surface.

Deux semaines plus tard, le doigt avait encore diminué; la peau paraissait trop ample pour l'os et adhérait si peu qu'elle paraissait décollée quand on la soulevait de chaque côté de l'ulcération.

Deux semaines plus tard, le doigt avait encore diminué et l'ulcération était presque guérie.

Le malade avait subi un traitement antisyphilitique pendant cinq semaines. »

Observation VII. — Cas communiqué par MM. les Docteurs Boyreau, chef de clinique infantile et L. Tubal, interne des Hôpitaux, à la Société anatomo-clinique de Toulouse, à la séance du 5 Février 1911.

« Il s'agit d'un jeune enfant de 5 ans entré le 20 Juillet 1910 dans le service de clinique infantile de M. le Professeur Bezy.

Antécédents héréditaires. — Le père de l'enfant a habité longtemps la Nouvelle-Calédonie sans avoir de maladie, puis cinq ans, les Nouvelles-Hébrides; il eut alors plusieurs crises de paludisme; il mourut à l'hôpital de Nouméa d'une affection cardiaque compliquée d'épanchement pleural; il n'a jamais toussé et jamais craché le sang; mais (fait très important), sa femme nous révèle qu'il a eu la syphilis pendant son séjour aux colonies. La syphilis du père est donc sinon certaine, du moins très probable.

La mère s'est mariée à 17 ans ; trois mois après, elle a fait une fausse couche, sans cause appréciable. La deuxième grossesse est arrivée à terme ; l'accouchement s'est fait par le siège et l'enfant qui pesait 5 kilos, est mort quelques heures après sa naissance. L'année suivante, troisième grossesse normale, suivie de trois autres grossesses également normales et arrivées à terme. Les quatre enfants sont vivants, le dernier est celui qui nous intéresse spécialement.

En recherchant chez la mère les signes habituels de la spécificité, nous apprenons que, depuis six ans, elle est sujette à des céphalées fréquentes, surtout nocturnes, et qu'elle a commencé à cette époque à perdre les cheveux. Mais elle dit n'avoir jamais présenté d'éruption suspecte et n'avoir jamais absorbé de mercure.

Antécédents personnels. — Notre malade est né à terme, a été nourri au sein jusqu'à 16 mois, et a commencé à marcher à 11 mois. A 2 ans, sa mère remarque l'existence, au niveau des jambes et des bras, de tuméfactions volumineuses arrondies, indolores, qui, d'abord dures et résistantes, n'ont pas tardé à se ramollir ; leurs cicatrices persistent encore et sont nettement visibles, surtout au niveau des jambes. A 3 ans, le tibia droit s'hypertrophie ; quelques mois plus tard, c'est le tibia gauche, puis l'avant-bras gauche, enfin l'avant-bras droit. Vers la même époque, le médius de la main gauche augmente de volume ; pendant un an, il reste gonflé, boursouflé, puis il diminue progressivement et reprend son volume normal ; il n'a jamais suppuré et a guéri spontanément. Le médius droit se prend deux mois après le médius gauche ; il augmente de volume, se renfle en forme de massue et ne tarde pas à suppurer ; il se forme alors au niveau de la peau, un petit orifice par lequel s'écoule un liquide grisâtre, bien différent du pus ordinaire ; l'écoulement persiste 5 ou 6 mois, puis se tarit ; seuls persistent aujourd'hui le renflement du doigt et la cicatrice cutanée. Depuis sept mois environ, on assiste à la régression des lésions du membre

inférieur, régression lente et symétrique qui coïncide d'ailleurs avec l'augmentation et l'hypertrophie des avant-bras.

L'état général de l'enfant est excellent; il a toûjours joui d'une bonne santé, n'est pas sujet aux bronchites et ne présente pas d'adénopathies multiples et généralisées; il existe simplement une glande assez volumineuse dans la région carotidienne gauche. L'examen de l'appareil pulmonaire ne révèle aucun signe de tuberculose. Le foie et la rate sont normaux. Sur notre demande, M. le professeur Rispal a bien voulu pratiquer chez ce malade la réaction de Wassermann qui a été nettement positive. »

Lombès, qui cite cette observation dans sa thèse, ajoute que le traitement spécifique amena la guérison du malade.

CONCLUSIONS

De notre étude nous tirerons les conclusions suivantes :

1° Le spina ventosa syphilitique est une manifestation rare de la syphilis.

2° Rien ne peut dans l'allure clinique des lésions conduire au diagnostic avec une certitude absolue.

3° Les éléments de présomption tirés de l'étude de la lésion elle-même, des commémoratifs ou des lésions concomitantes, doivent être confirmés.

a) Par le traitement d'épreuve qui a une très grande valeur dans la différenciation de la syphilis et de la tuberculose.

b) Par la culture à froid qui reste le seul moyen de distinction entre sporotrichose et syphilis.

4° Le pronostic est fonction de la précocité du traitement.

L'efficacité du traitement antisyphilitique est particulièrement remarquable.

Vu : le Président,
BARRÉ

Vu : le Doyen,
WEISS

Vu et permis d'imprimer
Pour le Recteur de l'Académie de Strasbourg,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université.
PFISTER

BIBLIOGRAPHIE

Aimes. — Les arthrites sporotrichosiques. *Gazette des Hôpitaux*. Avril-Mai 1919.

Archambault. — Dactylites spécifiques. *Union médicale*. Paris, 1869.

Bailleul. — Etude anatomo-pathologique et radiographique de la tuberculose des petits os longs de la main et du pied chez l'enfant. *Revue d'orthopédie*. Septembre 1911.

Beauregard. — Etudes sur la syphilis congénitale. *Annales de gynécologie*. Paris, 1875.

— *Séméiotiques des dactylolyses*. Thèse Paris, 1875.

Berdal. — *Traité pratique de syphilis*. Paris, 1906.

Bergh (R.). — *Archives de dermatologie*, 1870.

Berne. — *Des manifestations osseuses précoces et tardives de la syphilis héréditaire*. Thèse de Paris, 1894.

Bologueri. — Sporotricosi ossea sperimentale. Vol. in *Omag. del Prof. Poggi*. Balogna, 1914.

— Sporotricosi articolare sperimentale. *Archivia di orthopedia pathologica*, 1915.

Boyreau. — Spina ventosa syphilitique. *Toulouse médical*, 1911.

Castaigne et Tremollière. — *La syphilis*, 1913.

Chassaignac. — Traité de la suppuration. De la dactylite syphilitique. *Clinique européenne*. Paris, 1859.

Cohu Isidore. — Syphilis des os longs. *The urologie and cutaneous Review*. Septembre 1918.

Daulos et Flandrin. — Diagnostic clinique et expérimental de la sporotrichose. *Société médicale des Hôpitaux.* 4 Mars 1910.

Decreton. — Syphilis ignorée. *Journal des Praticiens*, n° 45, 1917.

Desmoulières et Paris. — Syphilis héréditaire. *Annales des maladies vénériennes.* Décembre 1916.

Du Buys. — Traitement de la syphilis infantile. *The urologic and cutaneous Review.* Juin 1918.

Flandin. — Diagnostic de l'hérédo-syphilis de l'adulte. *Journal de médecine et chirurgie pratiques*, 10 Janvier 1914.

Fouquet. — *Syphilis des os. Ostéomyélite gommeuse des doigts et des orteils.* Paris, 1909.

Fournier. — *Syphilis héréditaire tardive. De la dactylite spécifique.* Paris, 1886.

Garlaud. — Ostéopériostite syphilitique. *The urol. and cut. Rev.*, 1916.

Gaucher. — Deux cas de syphilis héréditaire simulant la tuberculose. *Société de dermatologie.* Mai 1905.

— Présentation d'un cas de spina ventosa hérédo-syphilitique guéri. *Société de dermatologie.* Juillet 1905.

— De la dactylite osseuse suppurée. *Annales des maladies vénériennes.* Mai 1910.

Gaucher et Bartel. — Dactylite syphilitique chez une hérédo-syphilitique. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie.* Paris, 1897.

Gaucher et Louste. — Spina ventosa multiple chez un adulte. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie.* Paris, 1906.

Gaucher et Sabatier. — Spina ventosa syphilitique. *Bull. de derm.*, Paris 1906.

Gouget. — Syphilis et tuberculose. *Journal des Praticiens*, 1910.

Hallopeau et Fouquet. — *Traité de syphilis.* Paris, 1911.

Jeanselme. — Chancre sporotrichosique des doigts. *Société médicale des hôpitaux.* Paris, 1910.

Jeanselme, Chevallier et Dartois. — Lésions ostéopériostiques de la sporotrichose. Les spina ventosa sporotrichosique, leur aspect radiologique et leur évolution. *Presse médicale*, 1910. n° 50.

Jullien. — *Traité pratique des maladies vénériennes*. Paris 1899.

Khalden von. — Ein. Fall von D. S. in *Deutsch Archiv. für Klin. Medic*. Leipzig, 1884.

Lannelongue. — Lésions osseuses de la main chez un syphilitique. *Progrès médical*. Paris, 1878.

Lombès. — *Spina ventosa syphilitique*. Thèse de Toulouse 1911.

Lowndes F. W. — On a case of D. S. *in Lancet*. London 1889.

Mauclair. — *Maladies des os*. Le Dentec et Delbet.

Mauriac. — *Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire*. Paris 1890.

Mracek. — Dactylites syphilitiques multiples. *Annales de dermatologie el de syphiligraphie*. Paris 1901.

Nelaton. — Du panaris syphilitique. *Gazette des Hôpitaux*. Paris 1860.

Noir. — *Dactylite syphilitique. Syphilis osseuse du métacarpe et du métatarse*. Thèse de Paris, 1906.

Ordt (Van). — *Des tumeurs gommeuses*. Thèse de Paris, 1859.

Palaillon. — Affection des doigts. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Paris, 1884.

Renaud, E. — Cliniques des maladies syphilitiques et cutanées. Manifestations tardives de la syphilis tertiaire. Dactylite syphilitique. *Alger médical*, 1884.

Renaud. P. — Contribution à l'étude de la syphilis chez les enfants. *Revue d'orthopédie*. Paris, 1893.

Scarenzio Angelo. — *Giorn. ital. d. mal. ven e de p.* Milano, 1873.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Préface	8
Avant-propos	11
Historique	14
Etiologie	16
Anatomie pathologique	18
Etude clinique	21
Diagnostic	26
Traitement	35
Observations	37
Conclusions	45
Bibliographie	47

Coulommiers. — Imp. Dessaint. — 10-20